|  |  |
| --- | --- |
| Syklists Navn:  Født:  Adresse:  Navn pårørende:  Forhold: (ektefelle, etc.)  Telefon pårørende:  Alt. Telefon: | **Medisinsk Informasjon:**  Deltatt på førstehjelpskurs (Ja / Nei):  Blodtype: -  Allergier:  Medisiner:  Vekt:  Kjente sykdommer/skader:  Pacemaker/ICD info:  . |
| Syklists Navn:  Født:  Adresse:  Navn pårørende:  Telefon pårørende:  Alt. Telefon: | **Medisinsk Informasjon:**  Blodtype:  Allergier:  Medisiner:  Vekt:  Kjente sykdommer/skader:  Pacemaker/ICD info:  . |
| Syklists Navn:  Født:  Adresse:  Navn pårørende:  Telefon pårørende:  Alt. Telefon: | **Medisinsk Informasjon:**  Blodtype:  Allergier:  Medisiner:  Vekt:  Kjente sykdommer/skader:  Pacemaker/ICD info: |
| Syklists Navn:  Født:  Adresse:  Navn pårørende:  Telefon pårørende:  Alt. Telefon: | **Medisinsk Informasjon**:  Blodtype:  Allergier:  Medisiner:  Vekt:  Kjente sykdommer/skader:  Pacemaker/ICD info:  . |
| Syklists Navn:  Født:  Adresse:  Navn pårørende:  Telefon pårørende:  Alt. Telefon: | **Medisinsk Informasjon:**  Blodtype:  Allergier:  Medisiner:  Vekt:  Kjente sykdommer/skader:  Pacemaker/ICD info: |